|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meldung am:** |  | **Uhrzeit:** |  | Auszufüllen von der Fachkraft im Jugendamt |

1. **Angaben zur/m Minderjährigen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Minderjährige/r**  Name, Vorname Fallnummer/OK.Jug | **Mdj. (A2/3)**  Geburtsdatum | **Mdj. (A1)**  Geschlecht  \* nach Geburtenregister | **Mutter**  Name, Vorname,  Geburtsjahr **(B)** | **Vater**  Name, Vorname,  Geburtsjahr **(B)** |
|  |  | weiblich  männlich  divers  ohne Angaben\* |  |  |

**Anschrift der Familie** (Straße, Postleitzahl, Ort, Gemeinde, Telefonnummer)

|  |
| --- |
|  |

1. **Angaben zur meldenden Person/Institution**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Adresse: |  |
| Träger/Einrichtung: |  |
| Telefon: |  |
| E-Mail: |  |

1. **Inhalt der Meldung**

|  |
| --- |
|  |

1. **Die Meldung beruht auf:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | eigenen Beobachtungen |  | persönlich Anvertrautem durch Kind/ Jugendliche\*n |  | Aussagen der Eltern |
|  | Aussagen von Dritten |  | Vermutungen |  |  |

1. **Zusammenfassung Inhalt der Meldung aus Sicht des Melders – wenn Fachkraft**

(anhand Orientierungskatalog Kindeswohl)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pränatal |  | Eltern betreffend - Sucht  Eltern betreffend - psychisch krank | |  | Ernährung |
|  | Wohnsituation |  | Kleidung | |  | Körperpflege |
|  | Schutz vor Gefahren und Aufsicht |  | Sicherung der medizinischen Versorgung | |  | Finanzielle Absicherung |
|  | Emotionale Zuwen-dung durch Eltern |  | Bildung/ Förderung/ Entwicklung | |  | Gewalt gegen Kind/ Jugendliche\*n |
|  | Sexuelle Aufklärung |  | Sonstiges: | z.B. Selbstverletzendes Verhalten | | |
|  | | |

1. **Was haben Sie unternommen, um die Gefährdung abzuwenden?**

Nur bei meldenden Diensten/ Einrichtungen und Institutionen ausfüllen (außer Jobcenter)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gefahr kann ohne Tätigwerden des Jugendamtes nicht abgewendet werden | |  | ja |  | nein |
| **gesetzl. Anforderungen** | Kollegiale Fallberatung/ Gespräch mit Leitung |  | ja |  | nein |
| Inanspruchnahme einer internen Insoweit erfahrenen Fachkraft |  | ja |  | nein |
| Inanspruchnahme einer externen Insoweit erfahrenen Fachkraft |  | ja |  | nein |
| Gespräch(e) mit Eltern bzw. Personensorgeberechtigten |  | ja |  | nein |
| Gespräch(e) mit Kindern / Jugendlichen |  | ja |  | nein |
| Schutzplan/ Vereinbarung zur Abwendung der Gefährdung (ggf. siehe Anhang) |  | ja |  | nein |
| Gespräch mit Dritten (unter Beachtung der Schweigepflicht) | |  | ja |  | nein |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ich bin am Schulungsangebot des Sozialen Frühwarnsystems zum Thema Kinderschutz interessiert |
|  | Bitte leiten Sie meine Kontaktdaten an das Netzwerkbüro weiter |
|  | Ich nehme selbst Kontakt mit dem Netzwerkbüro auf ([kontakt@sfws-goerlitz.de](mailto:kontakt@sfws-goerlitz.de) oder 03581 8788-350) |

1. **Der/ die Minderjährige besucht folgende Einrichtungen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Kindergarten/ Krippe: |  |
|  |
|  | heilpädagogische Tagesstätte: |  |
|  |
|  | Kindertagespflege: |  |
|  |
|  | Schule: |  |
|  |
|  | Hort: |  |
|  |
|  | Andere: |  |
|  |

1. **Gibt es weitere Personen, die die Gefährdungssituation bemerkt bzw. beobachtet haben?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **Was veranlasst Sie, gerade jetzt den Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) einzuschalten?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Erwartungen der Meldeperson an den ASD:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Die Meldeperson hat die Familie über die Meldung an ASD informiert** | |  | ja |  | nein |
| **Hat die Meldeperson weitere Dienste/ Institutionen informiert?** | |  | ja |  | nein |
| ⮱ Wenn ja, welche: |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  | | | | |

**Kooperation mit der Meldeperson:**

Die Meldeperson wird gegenüber der Familie im Rahmen der Gefährdungsprüfung benannt.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ist über mich als Meldeperson ein Zugang zur Familie möglich? | |  | ja |  | nein |
| Ich kann zum Schutz des Kindes wie folgt beitragen: |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Die Zusammenarbeit mit dem ASD könnte sich wie folgt gestalten: |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ich möchte über das weitere Vorgehen informiert werden und bin daher bereit, an möglichen Gesprächen mit der Familie teilzunehmen.  Hinweis: sollten die Eltern dem nicht zustimmen, kann keine Information erfolgen. |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift der meldenden Person  (ggf. Stempel der Einrichtung/des Trägers) |